



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling folkehelse
4BACH

Heidi Solli Hagen og Lena Solberg Halvorsen

Veileder: Marit Bye

Barn som pårørende

Children as relatives

Ord: 12 714

Bachelor i sykepleie

2014

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Norsk sammendrag

Tittel: «Barn som pårørende»

Hensikt: Å få økt kunnskaper om hvordan sykepleier kan møte barn som pårørende på en psykiatrisk avdeling, og hvordan ivareta de gjennom samtale og kommunikasjon. Ved å belyse dette ønsker vi å øke fokuset på kunnskap om kommunikasjon og samtale til barn i alderen 12-16 år.

Problemstilling: Hvordan ivareta barn som pårørende i alderen 12-16 år, til pasienter med psykiske lidelser gjennom samtale?

Metode: Oppgaven er basert på et litteraturstudie, som er bygd opp på pensumslitteratur, selvvalgt litteratur, kvalitativ forskning og personlig relevans.

Teori: I teoridelen utdypes ulike tema, som er relevant for å kunne besvare problemstillingen. Temaer vi har valg ut fra vår problemstilling er; sykepleieteoretiker Joyce Travelbee, barns psykologiske utvikling, pårørende barn av psykisk syke, kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid og sykepleiers plikter.

Konklusjon: Kommunikasjon har en stor betydning i møte med barn som pårørende. «Den gode samtalen» vil være mest fremmende for kommunikasjonen og relasjon med barn som pårørende til psykisk syke. Tilretteleggelse, empati og evnen til å sette seg inn i barnets følelser, opplevelser og tanker vil være verdifullt for barnet. «Den gode samtalen» kan inneholde små, men betydelige elementer, som for eksempel at sykepleier gir barnet en klem og forteller at vi er der for å hjelpe. Å bruke tid på samtale med barn kan være utfordrende og tidkrevende i en travel hverdag der det er andre pasienter å fokusere på. Det er allikevel viktig å ta seg tid til og videreføre arbeidet med pårørende barn for å skape en bedre hverdag disse barna.

Den største gaven jeg kan tenke meg å få

er

at de ser meg

forstår meg

og tar på meg

Den største gaven jeg kan gi

er

at jeg ser, hører og forstår

og tar på

et annet menneske

Når dette har skjedd

føler jeg vi har skapt kontakt

- Virginia Satir, 1987.

Innhold

NORSK SAMMENDRAG	2
1. INNLEDNING	5
1.1 BEGREPSAVKLARINGER	5
1.2 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	6
1.3 PERSONLIG RELEVANS	8
1.4 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING.....	8
1.5 AVGRENSING AV OPPGAVEN	9
1.6 OPPGAVENS OPPBYGGING	11
2. METODE	12
2.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	12
2.2 LITTERATURSØK.....	12
2.3 PRESENTASJON AV FORSKNING	13
2.4 KILDEKRITIKK.....	15
2.5 ETISK VURDERING	17
3. TEORI	18
3.1 SYKEPLEIETEORI	18
3.2 BARNES PSYKOLOGISKE UTVIKLING.....	19
3.3 PÅRØRENDE BARN AV PSYKISK SYKE.....	21
3.4 KOMMUNIKASJON.....	22
3.4.1 <i>Tverrfaglig samarbeid</i>	25
3.5 SYKEPLEIERS PLIKTER	25
4. DRØFTING.....	28
4.1 PRESENTASJON AV CASE	28
4.2 SYKEPLEIERROLLEN	29
4.3 RELASJONSBYGGING.....	32
4.4 DEN GODE SAMTALEN.....	33
4.4.1 <i>Gi barnet informasjon</i>	37
5. KONKLUSJON	39
6. LITTERATURLISTE.....	41

1. Innledning

Psykiatriens historie har over flere tusen år endret seg i flere epoker. Historien hjelper oss med å sette dagens fenomener i perspektiv, noe som er viktig for utvikling av sykepleiers faglige kompetanse. Vi bærer med oss viten, som former det vi ser hos våre pasienter og deres pårørende. Observasjoner, hva vi vektlegger og hva vi overser er i hovedsak styrt av vår faglige forståelse. Psykiatriens samfunnsmessige rolle kan sees gjennom historie. Gjennom flere tidsepoker har vi sett ulike prøveprosjekter rundt behandlingen av psykiatriske pasienter og deres pårørende. Historien kan dermed hjelpe oss til å hindre gjentatte feil. Poenget er at mennesket hele tiden utvikler seg og at vi lærer av våre feil (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

De siste årene har det vært et økt fokus på barn som pårørende av psykisk syke og generelt barn som opplever omsorgssvikt. Mange barn opplever en daglig kamp om å få retten til å vokse opp med forutsigbarhet og trygge omsorgspersoner. Den kampen kan de ikke kjempe alene. Som helsepersonell har man en plikt til å hjelpe. For at en sykepleier skal kunne hjelpe barna er det viktig å ha kunnskaper knyttet til det å leve med en psykisk syk forelder. Hensikten med oppgaven er fremme den gode samtalen til barn som pårørende der forelderen er innlagt i psykiatrisk institusjon.

1.1 Begrepsavklaringer

Under dette delkapittelet definerer vi enkelte begreper og uttrykk som er generelle for å kunne besvare problemstillingen.

Empati: er evnen til å vise forståelse for og leve seg inn i andres følelser og reaksjoner (Eide & Eide, 2007).

Overføring: i følge Sigmund Freud, innebærer begrepet at pasienten i en gitt kontekst, overfører følelser knyttet til viktige personer i livet (foreldre, søsken osv.) over på terapeuten eller aktuelle personer i den gitte konteksten. Pasienten kan dermed utvikle en sterk tilknytning til terapeuten eller andre aktuelle personer (Cullberg, 1999).

Motoverføring: er et uttrykk for følelseskomplekser, som kan vekkes hos terapeuten. Det kan lettere beskrives, som et destruktivt samspill hvor behandlingspersonalet blir et offer for det en overføring skaper (Strand, 1990).

Affektbevissthet: kan beskrives som evnen til å være bevisst og akseptere egne følelser (Eide & Eide, 2007).

Affekt toleranse: er evnen til å oppleve følelser, selv vanskelige følelser og følelser som er ukjente for en (Eide & Eide, 2007).

Parentifisering: oppstår når barnet påtar seg eller blir pådyttet foreldreansvaret (Evang, 2010).

Psykose: beskrives som en forvirringstilstand i sinnet. Psykose er svært individuelt, men pasienten kan oppleve hallusinasjoner og vrangforestillinger. Hallusinasjoner er uvirkelige sanseopplevelser. Et eksempel på dette kan være at pasienten hører stemmer, som ofte oppleves truende, befalende og kommenterende. Vrangforestillinger er feilaktige oppfatninger av verden omkring. Vrangforestillingene dreier seg ofte om at pasienten føler seg forfulgt, motarbeidet eller forgiftet. I enkelte tilfeller kan vrangforestillingene være religiøst tilknyttet, hvor pasienten ser på seg selv som Gud, Jesus eller djevelen (Bergem, 2013).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

I følge nye tall fra Helsedirektoratet lever 450 000 barn i Norge i en familie der enten far eller mor har en psykisk lidelse. 135 000 av disse har foreldre med alvorlige psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2011). I mange tilfeller blir ikke barnet oppdaget før forelderens første innleggelse ved psykiatrisk institusjon (Moen, 2009). I denne oppgaven vil fokuset ligge på de barn der forelder er innlagt ved en psykiatrisk institusjon og samtalen mellom sykepleier og det pårørende barnet.

Et oppvelstmiljø i familier med stabile, omsorgsfulle og kompetente foreldre kan bidra til å fremme barns psykiske helse. Dersom barnet vokser opp i et familiemiljø med langvarige belastninger som rammer barnets livskvalitet, vil tilgangen på psykiske og helsefremmende faktorer reduseres. Dette kan få konsekvenser over kortere eller lengere perioder (Dalgard, Mathisen, Nord, Ose, Rognerud & Aarø, 2011). Vi ønsker å vite mer om hvordan sykepleier

kan bidra til å skape gode samtaler og hvordan sykeleier kan bruke samtalen som er verktøy for et videre helsefremmende arbeid.

Etter et nytt lovverk innført i 2010, har helsepersonell en større oppgave rundt det å kartlegge barn som pårørende til innlagte pasienter i psykiatrien. Helsepersonelloven 10a(1999) bidrar til at det legges større vekt på rutiner for helsepersonell som møter barn som pårørende og barn i krisesituasjoner. Lovverket er med på å bidra til at barn har større mulighet for å oppleve nærhet, omsorg og trygghet.

Vi ønsker å vite mer om hvordan sykepleier legger til rette for samtalen og hvordan informasjonen blir videreformidlet til aktuelle instanser. Det er kun kort tid sykepleier ser barnet på avdelingen. Vi er opptatt av å finne ut hvordan sykepleier bruker tiden de har sammen med barnet. Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid er i hovedsak aktuelt å utrette på andre arenaer enn helseforvaltning og helsetjenesten. Det er allikevel helsetjenesten som kartlegger risikofaktorer, foreslår tiltak og samarbeider med aktuelle instanser omkring barnet(Dalgard Et al., 2011).

En sykepleier og annet helsepersonell har plikt til å bidra til arbeidet med og ivareta, forebygge risiko og fremme helse hos alle registrerte pårørende barn av psykisk syke. Vi ser viktigheten av å oppdage barn av foreldre psykiske lidelser og bruke samtalen.

Barn av psykisk syke kan bli utsatt for både biologiske og miljøbetingede risikofaktorer. Miljøfaktorer kan være at en eller begge foreldrene lider av en psykisk lidelse, uro mellom foreldrene seg imellom, sosial isolasjon og opplevelser av negative hendelser(Dalgard Et al., 2011). Vi ser at et økende, og mer fremtredende problem hos unge som har opplevd omsorgssvikt har selv utviklet psykiske lidelser eller benytter seg av rusmidler.

I en undersøkelsesrapport fra helsedirektoratet viser det at risikoen for å utvikle psykiske lidelser på et tidlig stadium er 50 % høyere enn hos barn med trygg oppvekst. Likevel er det viktig å understreke at risikoen avhenger av hvilken diagnose forelderen har, miljøfaktorer og nettverk (Torvik & Rognmo, 2011). Hvordan barnet har det hjemme, kan derfor ha en stor innvirkning på barns psykiske helse. I hjem der belastningene er ekstra store, rammer flere områder av livet eller varer over lengere tid viser en rapport gjort av folkehelseinstituttet (Dalgard Et al., 2011). Det er derfor viktig at helsepersonell og annet behandlende personell fokuserer på å oppdage og forebygge at barn av psykisk syke selv

opplever psykiske lidelser tidlig eller senere i livet. Vi ser på samtalen som starten på et forebyggende arbeid med barn som pårørende av psykisk syke.

1.3 Personlig relevans

Vi har begge personlige erfaringer og stor interesse rundt det å jobbe med barn som pårørende og barn generelt. Gjennom praksis har vi sett at barn blir omtalt i samtale med personal ved avdelingen og pasient, men vi har sjelden oppdaget at de besøker eller samtaler med sykepleier på avdelingen. Dette opplever vi som urovekkende, og ønsker å finne ut mer av hvordan vi som sykepleiere kan bidra til et økt fokus på å ivareta barn som pårørende på en psykiatrisk avdeling gjennom samtale. Personlig har vi sett at barn helt ned i barneskolealder blir mobbet grunnet mangel på klær, skolesaker og sosial væremåte uten at en eneste lærer har tatt ansvar. Det er også et tilfelle der vi har opplevd at begge foreldrene har begått selvmord som følge av rus og psykiske lidelse med barnet tilstede. I etterkant fikk ikke barnet tilbud om tilstrekkelig med samtale og oppfølging. Vi lurte på om barna får den informasjonen de trenger gjennom samtale for å forstå situasjonen og den oppfølgingen de trenger for å mestre hverdagen i etterkant av en hendelse eller innleggelse.

1.4 Presentasjon av problemstilling

Som sykepleiere har vi en mulighet til å møte barn på psykiatriske institusjoner. Ofte er barna svært sårbare i møte med sykepleier, noe som gjør at vi må legge best mulig til rette for at barnet skal føle seg trygt. Barn ser og opplever mer i en fase der en eller begge foreldre lider psykisk. Å føre en samtale med barn kan ofte oppleves som krevende, men er allikevel et svært viktig arbeid i å kartlegge for videre oppfølging. Vi har formulert vår problemstilling slik;

«Hvordan ivareta barn som pårørende i alderen 12-16 år, til pasienter med psykiske lidelser gjennom samtale?»

1.5 Avgrensning av oppgaven

Som sykepleier møter man barn som pårørende av psykisk syke med ulike diagnoser. I denne oppgaven ligger fokuset på hvordan sykepleier på en best mulig måte kan fremme god kommunikasjon gjennom samtale med barnet.

I innledningen har vi valgt å ta med begrepsavklaringer. Begrepene er ingen sentral del av oppgaven, men er med på å skape forståelse.

På psykiatriske institusjoner er det mange sykepleiere med videreutdannelser, som er i besittelse av mye kunnskaper utover grunnutdannelsen. Til tross for dette, legger vi vekt på sykepleiere med grunnutdanning, da det er det vi utdanner oss til.

Vi ser at det er flere risikofaktorer, som sykepleier kan bidra til et helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid rundt. Vi har skrevet noe om arvelighet og miljø i bakgrunn for valg av tema, men har valgt å ikke legge vekt på dette i teoridelen. Begrunnelsen er at det fort kan oppstå usikkerhet rundt oppgavens fokus. Vi har valgt å holde oss til samtale og kommunikasjon med barn som pårørende til psykisk syke, hvor vi har sett for oss at dette allikevel er en del av et helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid.

I oppgaven legger vi ikke vekt på diagnoser, kjønn eller alder på forelderen, da det ikke er relevant i besvarelsen av problemstillingen. Vi har valgt å fokusere generelt på psykiske lidelser, grunnet at alle barn trenger lik støtte uansett diagnose. Begrepet psykiske lidelser er definert i teorikapittelet.

Vi har valgt sykepleieteoretiker Joyce Travelbee i vår oppgave. Travelbee legger vekt på samspillet mellom pasient, pleier og pårørende. Vi har allikevel valgt å se mer på det Travelbee sier om pårørende og hvordan sykepleier og barnet kan utvikle en relasjon. Dette kan begrunnes med at vårt fokus ligger på samtalen mellom sykepleier og det pårørende barnet. Travelbee's teori kommer frem i drøftedelen, men da først under punkt 4.3 om relasjonsbygging. Vi valgte først å inkludere travelbee i teksten under dette punktet, da hun fokuserer på relasjonsbygging gjennom menneske-til-menneske-forholdet.

I oppgaven har vi valgt ut aldersgruppen 12-16 år, som går under kategorien ungdom. Allikevel ønsker vi å bruke uttrykket «barn» gjennom hele oppgaven, grunnet at vi har observert at ungdom fortsatt registreres som barn i en pårørendesitasjon. Barn i denne

aldersgruppen vil kunne ha forutsetninger for en større forståelse av foreldrenes situasjon enn et yngre barn. I tillegg vil tilknytning til ulike samfunnsgrupper ha en større betydning. Venner og vennegjenger kan spille en større rolle hos barn i denne aldersgruppen, spesielt hos barn som har mistet relasjonen til egne foreldre grunnet sykdom (Håkonsen, 2009). Mange barn i alderen 12-16 år er i en fase hvor det kan være aktuelt og utforske nye elementer og aspekter ved livet. Dette kan både være negative og positive aspekter, men dessverre ser vi at de barna som ikke mottar den hjelpen de har krav på, retter seg mot miljøer der rusmidler har en oppblomstring. I denne aldersgruppen vil det derfor være lettere å se konsekvenser i kontrast av barn som klarer seg bra.

Oppgavens hovedtyngde vil ligge på sykepleiers kommunikasjon og samtale med barnet. Vi har tatt med ulike elementer som er viktig å ha med i en pårørendesamtale og hvorfor. I tillegg har vi valgt å se på hvordan sykepleier forholder seg til barnet under en samtale, hva som blir gitt av informasjon og hvordan den blir tilrettelagt. Samarbeid med andre instanser og tilrettelegging av et videre forløp for barnet er også noe vi har valgt å ta med i vår oppgave. Vi har nevnt barnevernet i oppgaven, men da dette går ut over vårt kompetansefelt, har vi valgt å ikke utdype nærmere.

En sykepleiers plikt er å forholde seg til lover og regler. I Norge er det fastsatt hvilke lover gjennom de norske lover utarbeidet av kongen og regjeringen. Det er flere lover som står sentralt i arbeidet med barns som pårørende. De har flere rettigheter en sykepleier må ivareta, og det er derfor essensielt å belyse noen av disse i vår oppgave. Vi ser viktigheten av å belyse individuell plan og sykepleiers pedagogiske og veiledende funksjon. Disse punktene er allikevel ikke en fremtredende del av vår oppgave.

I innledningen til drøftingsdelen har vi valgt å bruke en case, som belyser en aktuell situasjon barnet kan stå fremfor. «Mari» fra casen vil ikke bli gjengitt i teoridelen, men vil derimot komme i en fremtredende rolle innen drøftedelen.

I drøftedelen har vi kun fokus på å drøfte sykepleiers ulike sider av hvordan kommunikasjon og samtale med barn blir utført. For å kunne besvare problemstillingen, har vi sett på utvalgt litteratur, forskning og egne erfaringer. Egne erfaringer er tatt fra praksis, yrkesliv og i situasjoner der nære personer har fortalt oss om livshendelser.

1.6 Oppgavens oppbygging

I oppgaven anvendes retningslinjer for bacheloroppgave gitt av høgskolen i Hedmark. For å sette inn kilder har vi referert gjennom APA-standard av nyeste utgave, som er oppdatert januar 2014 utgave 6. Oppgaven begynner med en innledning etterfulgt av tema for oppgaven, personlig relevans, problemstilling samt avgrensning. Avgrensningen trekker frem punkter vi velger å ha med i vår oppgave og hva vi ikke ønsker å legge vekt på.

Oppgavens andre del inneholder et metodekapittel. I dette kapitlet definerer vi litteraturstudie som metode, samt presentasjon av forskning og kildekritikk. Til slutt har vi valgt å ta med en etisk vurdering for å belyse vår interesse for å kreditere de originale forfatterne.

I den tredje delen av oppgaven presenterer vi ulike tema som vi ser på som aktuelle for å drøfte og besvare problemstillingen. I teoridelen bruker vi både selvvalgt litteratur og litteratur fra pensum. Enkelte tema blir utdypet mer enn andre, grunnet ulik relevans.

I den fjerde og siste delen har vi presentert en egenformulert case, som belyser en virkelighetsnær situasjon. Videre har vi drøftet aktuell teori vi har belyst i teoridelen i tråd med personlig relevans, case og forskning. Denne delen har vi valgt å dele inn i fire ulikt fordelte kapitler. Alt som blir benyttet av aktuell teori, erfaring, case og forskning er relevant for å besvare oppgavens problemstilling. Avslutningsvis har vi tatt med en konklusjon hvor problemstillingen blir besvart ut fra de svarene som ble formulert gjennom drøftingsdelen.

2. Metode

Dalland (2012) beskriver en metode som et hjelpemiddel i en fremgangsmåte, som sier oss noe om hvordan en skal tilegne seg og etterprøve kunnskap. Problemstillingen kan best besvares ved å velge en relevant metode der metoden vil gi oss best mulig data og interessante faglige begrunnelser (Dalland, 2012).

2.1 Litteraturstudie som metode

Et litteraturstudie er i hovedsak basert på skriftlige kilder, som systematiseres og vurderes faglig ut fra problemstillingen som skal besvares. I en litteraturstudie skal det ikke fremskaffes nye kunnskaper, men bruke tidligere utgitt litteratur for å formulere og besvare en problemstilling.(Dalland, 2012)

En begrunnelse for valg av tema bør forklares under metodevalg. Valg av metode står beskrevet i retningslinjene for bacheloroppgaven, gitt av høgskolen i Hedmark. Det vil derfor være mer essensielt å forklare hva en litteraturstudie innebærer.

2.2 Litteratursøk

I oppgaven er det anvendt pensumslitteratur gjennom tre år i tillegg til selvvalgt litteratur. I retningslinjene for bacheloroppgaven, står det et krav om minimum 400 sider selvvalgt litteratur. Vi har valgt litteratur som omhandler barn som pårørende til psykisk syke, kommunikasjon og samtale.

Selvvalgt litteratur er funnet på biblioteket ved høgskolen og ved Elverum bibliotek. Titlene er følgende: *Pappa'n min er syk i tankene* (Bergem, 2013), *Dynamisk psykiatri* (Cullberg, 1999), *Det barn ikke vet, har de vondt av* (Glistrup, 2004), *Barns som pårørende mor og far* (Helsedirektoratet, 2010), *Sveket- omsorgssvikt er alles ansvar* (Killèn, 2004), *Hvor er hjelpen når den trengs?* (Kinge, 2009), *Barns møte med psykisk lidelse* (Moen, 2009), *Pårørendesamtale med barn og unge* (Nordenhof, 2012), *Hvorfor spurte ingen meg?* (Ruud,

2011), *Utvikling, personlighet og borderline* (Evang, 2010), *Barn av foreldre med psykiske lidelser og alkoholmisbruk* (Torsvik & Rognmo, 2011).

2.3 Presentasjon av forskning

Vi har valgt å bruke forskningsartikler som baseres på en kvalitativ forskningsmetode. Begrunnelsen for valg av forskningsartikler er at kvalitativ forskning går i dybden over et smalt felt, hvor informasjon og kunnskap blir innhentet gjennom intervjuer og observasjoner. Hvordan mennesket sanser, oppfatter verden rundt seg og handler er det forskeren ønsker å tilegne seg mer kunnskap om. Livshistorie og erfaring reflekterer hvordan hvert enkelt individ oppfattes. Nettopp derfor er det essensielt å gå i dybden dersom man skal finne ut hvordan barn tenker å føler rundt det å ha en psykisk syk forelder (Dalland, 2012).

Marianne V. Trondsen (2011): *Living with a mentally ill parent: Exploring Adolescents' experiences and perspectives*, *Qualitative health research*, Article s174-188 DOI: 10.1177/1049732311420736

Studien omhandler ungdom i alderen 15-18 år hvor en eller begge foreldrene lider av en psykisk lidelse. Metoden som er brukt er kvalitativ, og baseres på 16 ungdommer fra forskjellige områder i Norge. Ungdommen deltok i en samtalegruppe over nett, der de besvarte ulike spørsmål om problematikk som oppstår rundt det å ha en psykisk syk forelder. Ungdommen i studien formidlet at det særlig er mangel på informasjon fra behandlingspersonell og familie, noe som ofte skaper frykt, usikkerhet og redusert livskvalitet. Formålet med forskningen er å utbedre kunnskap hos helsepersonell og andre som behandler barn som pårørende for å skape et bedre behandlingstilbud hos den enkelte.

Britt Helen Haukø, John H. Stamnes (2009): *Det hjelper å snakke med barna*
Tidsskrift for sykepleien, psykisk helsearbeid, DOI: 10.4220/sykepleierens.2009.0084

En studie, som omhandler kommunikasjonsforholdet mellom pleier, barnet og foreldrene. Studie er foretatt blant 10 familier ved psykiatrisk avdeling i Namsos, der gjennomsnittsalderen for barna var 12 ½ år, hvor en eller begge foreldrene lider av en psykisk lidelse. Metoden er kvalitativ, der forskningen er gjort i dybden bland de deltagende familiene. I samtale fokuserer sykepleier og annet personell på at barnet skal kunne sette ord på følelsene, sykdom og tanker. Målet for samtalegruppen er at barnet i samvær med

foreldrene og helsepersonell skal forebygge forvirring, usikkerhet, uvitenhet og redusere stress, da en slik situasjon kan være svært belastende, spesielt for barn. Barna fikk følelsen av en økt forståelse for sykdommen, og det ble lettere å gjenfortelle til venner og nære.

Astrid Halså og Anne-Marie Aubert(2009): Forebyggende arbeid når mor eller far har psykiske helseproblemer. En evaluering av det forebyggende arbeid for barn med psykiske syke foreldre i Asker og Bærum. Forskningsrapport nr. 139.

Artikkelen baseres på en studie kalt «du er ikke alene.» En kvantitativ studie gjort blant barn og unge i Asker og Bærum hvor en eller begge foreldrene har en psykisk lidelse. Formålet med studien er å øke kompetansen rundt det å forebygge at barn utvikler psykiske og psykososiale lidelser. Studie foretar seg gruppesamlinger der barn møtes en gang i uken over 12-16 samlinger. Målet med samlingene er å:

- «Øke kunnskap rundt psykiske lidelser
- Lære og kjenne andre i samme situasjon
- Øke selvfølelse
- Utvikle strategier for å takle vanskelige situasjoner
- Hvem er jeg, og hvem kan gi meg støtte
- Styrke relasjonen mellom foreldre og barnet» Sier Astrid Halså & Anne-Marie Aubert (2009 s. 20).

Wendy Nilsen, Kristin Gustavson, Espen Røysambarevold(2013): Pathways from maternal distress and child problem behavior to adolescent depressive symptoms: a prospective examination from early childhoods to adolescence

Målet for studien er å undersøke hvordan mødre med angst og depresjon kan påvirke adferd hos barn og ungdom. Studien er kvantitativ og er utført i Norge, hvor de deltakende kom fra forskjellige aldersgrupper og ulike områder i landet. Aldersgruppen for studien er helt ned i 18-måneder og ungdom inntil 16 år. Dette er for å kunne undersøke atferdsproblematikk i tidlig alder i sammenheng med at ungdom rapporterer om tidlig debut av depresjon. Studien kom frem til at det er en forhøyet risk for atferdsproblematikk hos barn som har levd med en

depressiv forelder. Studien påpeker derfor at sykepleier må være ekstra oppmerksom på de barna der forelderen lider av diagnosen depresjon

Teija Korhonen, anna-Maija Pietilä, Katri Vehviläinen-Julkunen(2010): *Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? – a questionnaire survey*

Studien er gjort i Finland gjennom en kvantitativ spørreundersøkelse. Hovedfokuset for undersøkelsen er samspillet mellom sykepleier og det pårørende barnet der forelderen er innlagt i voksenpsykiatrien. Studien ønsker å finne ut at om barn som pårørende er usynlige for sykepleieren eller ikke. Totalt 331 sykepleier deltok i undersøkelsen, hvor hovedtyngden av spørreskjemaene ble sendt til voksenpsykiatriske enheter, og et fåtall til finske universitetssykehus. Kjønn, videreutdanning og familie ble tatt i betraktning ved vurdering. Forskingen konkluderte til tross for at barn ikke alltid er usynlig på avdelingen, viser studien at det er et forbedrepotensiale hos sykepleierne når det kommer til å møte barnets behov.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er å vurdere den litteraturen som er brukt i oppgaven. Det stilles krav til hvor den søkes, hvordan den vurderes og hvordan man velger å bruke den (Dalland, 2012). Når det gjelder funn av forskning, satte vi oss et mål om at den ikke skulle være eldre enn 7 år, da fra år 2006/07. Ved å søke etter nyere artikler, vil vi få et mer oppdatert funn. Det skjer stadig en endring i forskning, noe som gjør at vi ønsker å finne mer virkelighetsnære oppdateringer.

Alt av forskning vi har valgt å ta med i vår oppgave er fra helsefaglige databaser, hvor vi i hovedsak har brukt Oria, som er en søkemotor, utarbeidet av høgskolen i Hedmark. For å komme frem til de utvalgte artiklene, har vi brukt relevante søkeord, som igjen har gitt oss relevante treff. Vi ser allikevel at vi kunne fått fler relevante treff dersom vi hadde brukt flere søkeord og mesh-termer. På grunn av tidsbegrensningen for innlevering av oppgaven og bruk av tid på å finne forskning, så vi oss fornøyd med de søkeordene vi allerede hadde anvendt. Alle artiklene vi kom frem til er publisert i pålitelige tidsskrifter, noe som gjør at vi anser de som valide.

I vår oppgave har vi valgt å bruke to norske og tre engelskspråklige artikler, hvor alle er kvantitativ forskning. Grunnen til at vi kun har valgt kvalitativ forskning er at vi ønsker å se mer i dybden for å kunne besvare vår problemstilling. En svakhet ved dette er vi kan miste tall på hvor stor eller liten problematikken rundt barn av psykisk syke er. På en annen side ser vi at vi allikevel får til å belyse viktigheten av at sykepleiere utfører og tilrettelegger for samtale i møte med barn på psykiatrisk institusjon gjennom bruk av kvalitativ forskning. Alle studiene har blitt foretatt i Norden, noe som gjør de ekstra interessante og relevante for vår oppgave. (Korhonen, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen, 2010) er en finsk studie vi har valgt å ha med, da vi ser at finskene har et velutviklet helsevesen og mye forskning på psykisk helse.

(Nilsen, Gustavson, Røysamb, Kjeldsen & Karevold, 2013) fikk vi anbefalt av vår veileder, og viste seg å være relevant for vår oppgave. Vi har lært mye av artikkelen, men har kun valgt å anvende den ved enkelte anledninger i drøftningsdelen. For å komme til den anbefalte artikkelen, brukte vi allikevel søkeord. Da vi fant *Are the children invisible and visible for nurses in adult psychiatry?* (Korhonen Et al., 2010) fikk vi mange treff, til tross for bruk av avgrensede MeSH-termer og søkeord. Vi valgte allikevel å lese artikkelen, da den inneholdt flere av våre søkeord. Etter å ha lest 3/3 av artikkelen endte vi opp med å bruke den i vår oppgave. I vedlegg 1 har vi utformet en liste hvor alle søk, søkeord og treff vi har kommet frem til. I tillegg har vi tatt med en reportasje fra NRK, men kun for å belyse antall registrerte barn som pårørende. Vi har henvist oss til en bibliotekar ved høgskolen i Hedmark, som fortalte oss at denne kunne brukes i vår oppgave.

I teoridelen har vi anvendt en del pensumslitteratur, men også selvvalgt. Den selvvalgte litteraturen er funnet ved høgskolen i Hedmarks bibliotek og ved Elverum bibliotek. Flere av bøkene er fra videreutdanning innen psykisk helse og søk vi har gjort gjennom bibliotekets Oria. Alle bøkene er fra anerkjente norske forlag, hvor de flere er av nyere dato. Boken *mellommenneskelig forhold i sykepleien* (Travelbee, 2001) er utgitt i 6 opplag siden 1999, noe som kan sees på som fravikende fra primærkilden. Med forbehold om at Travelbee døde i 1973, anser vi allikevel de nyere reviderte utgavene som pålitelige, grunnet få endringer rundt hennes teorier. Travelbees sykepleierteori står i tillegg omtalt i Eide og Eides bok om *Kommunikasjon i relasjon*. Å bruke en sekundærkilde kan i enkelte tilfeller anses som lite pålitelig, men i dette tilfelle har vi primærkilden som støtter opp under de teoriene Eide og Eide presenterer. Vi anser denne kilden som valid, da dette er en pensumslitterær kilde.

I vår oppgave har vi allikevel valgt å ta med to bøker fra 2004. *Det barn ikke vet, har de vondt av* (Glistrup, 2004) har vi fått anbefalt av Sanderuds barnekoordinator gjennom en forelesning i regi av høghskolen i Hedmark. Vi har derfor valgt å bruke denne boken.

Grunnen til at vi har valgt å ta med boken *Sveket – omsorgssvikt er alles ansvar* (Killèn, 2004) er at denne boken har vært referert i flere bøker av nyere dato, som vi har anvendt i vår oppgave.

2.5 Etisk vurdering

I retningslinjene for oppgaven gitt av Høghskolen i Hedmark står det at oppgavens kilder skal henvises gjennom APA. Vi har derfor brukt retningslinjer for APA-standard gjennom hele oppgaven. APA-standarden vi har anvendt er av nyeste utgave, 6 utgave redigert i januar 2014. Gjennom å bruke APA har vi vært bevisst på å henvise til rett forfatter der vi har gjengitt fagkunnskap. Alle forfatterne i oppgaven har på denne måten fått kreditt for egen litteratur.

I drøftedelen har vi anvendt en del praksisbasert kunnskap. Vi nevner ingen navn og har anonymisert alt av informasjon vi gjengir. Vi overholder derfor helsepersonelloven § 21(1999) om taushetsplikt.

3. Teori

I kapitlet vil vi presentere relevant teori som belyser vår oppgave og som kan brukes til å drøfte vår problemstilling. Teori som vi ser på som relevant er sykepleierteoretiker Joyce Travelbee. Annen relevant teori er barns utvikling, pårørende barn, kommunikasjon og sykepleiers plikter. Dette er sentrale emner, som er viktig å belyse for å kunne besvare vår problemstilling.

3.1 Sykepleieteori

Travelbee er en anerkjent sykepleieteoretiker, som var ferdig med sin sykepleierutdanning i 1946. Travelbee jobbet som psykiatrisk sykepleier og lærer i sykepleierutdanning. Travelbee hadde en teori om hvordan man skal utøve sykepleie, som i de senere årene har blitt anvendt i sykepleierutdanningen i flere land. Hun utrettet mye innen sykepleierfaget før hennes bortgang i 1973, kun 47 år gammel (Travelbee, 2001).

I følge Travelbee, kan man kort oppsummere sykepleiers oppgaver gjennom tre punkter;

«å anerkjenne pasienten som et unikt, uerstattelig individ
å utvikle et menneske-til-menneske-forhold til pasienten, for dermed
å møte behovene til pasienten, pårørende eller andre involverte og dermed oppfylle
sykepleiers hensikt» Sier Hilde Eide og Tom Eide (2007, s 135)

Travelbee tolker sykepleie som en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, samfunn og en familie der det å mestre sykdom og lidelse gjennom erfaring står sentralt (Travelbee, 2001).

For å oppnå et mål om mestring av lidelse og sykdom i familie og hos pasienten, mener Travelbee at det må opprettes et menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet skapes gjennom gjensidig kontakt mellom to unike menneskelige individer, og ikke som rollene «sykepleier» og «pasient». Travelbee ønsker ikke å bruke «pasient» og «sykepleier» da disse termene skaper en grense for å oppnå en reell og gjensidig kontakt (Travelbee, 2001).

Et menneske-til-menneske-forhold er et virkemiddel og et redskap for at sykepleier kan oppnå målet med behandlingen. Forholdet mellom to eller fler enkeltindivider utvikles dersom et individ har bruk for en sykepleiers tjenester og gjennom fire sammenhengende faser; det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse (Travelbee, 2001).

Fasene kan sammensatt beskrives kort som en prosess der et individ møter et annet og de tolker hverandre på bakgrunn av erfaringer og livshendelser. Videre i fasen om fremvekst av identiteter vil det skje en tilknytning mellom partene, der sykepleier vil få en oppfatning av hvordan individet tenker rundt den oppståtte situasjonen. Dette legger grunnlaget for empati. Empati oppstår når individene i situasjonen evner å se forbi ytre adferd. Det vil si at sykepleier har evnen til å leve seg inn i og forså den sykes situasjon. Med dette vil sykepleier utvikle sympati og medfølelse hvor sykepleier får et ønske om å hjelpe pasienten og deres pårørende gjennom en vanskelig situasjon preget av lidelse og sykdom (Travelbee, 2001).

Kommunikasjon står derfor sentralt for utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold. Ved å kommunisere både verbal og nonverbalt kan de ulike partene formidle erfaringer med tap, lidelse og håp. Håp og mestring henger sammen, da Travelbee mener at håpet er til for at mennesket skal mestre ulike situasjoner i livet. Håpet er noe en kan formidle og legge til rette for, men noe som man ikke kan gi. Samtaler, tilgjengelighet, hjelpsomhet er derfor nøkkelord i en sykepleiers oppgave innen Travelbee's teori. Håpet kan ingen ta fra deg (Travelbee, 2001).

Det er alltid en familie bak den syke. Familien trenger støtte og hjelp til å finne mening og håp i lidelsen og sykdommen til den den de er glad i. Det som skjer med et familiemedlem, vil også ramme de andre. Informasjon fra den profesjonelle sykepleier, vil derfor gjøre de til sterkere og mer forstående støttespillere i en sykdomsprosess (Travelbee, 2001).

3.2 Barns psykologiske utvikling

Vi ønsker å fokusere på barn i alderen 12-16 år som aldersgruppe for denne oppgaven. For å kunne sette seg inn i og forstå tankegangen og adferd hos denne aldersgruppen er det sentralt å belyse hvordan barn utvikles gjennom denne perioden.

Barn fra 12 år og oppover har evnen til å tenke abstrakt og hypotetisk, hvor de kan forestille seg situasjoner uten å ha opplevd det selv. Barnet stiller høye krav til seg selv, og har idealer om hvordan de skal oppføre seg i gitte kontekster og situasjoner. Det er derfor en desto større skuffelse dersom de selv føler at dette ikke er oppnådd (Eide & Eide, 2007).

Barn i alderen 12 til 16 år er i en fase hvor de søker etter hvem de er og hvem de ønsker å være. Identitet er viktig for denne aldersgruppen. Det kan begrunnes med at de ofte stiller seg spørsmål om «hvem er jeg?» og «hva er jeg?» (Håkonsen, 2009). Denne perioden handler derfor mye om å forme en egen identitet og autonomitet. Autonomitet kan defineres som selvbestemmelsesrett. I denne fasen vil ikke det å bli autonom direkte overføres til betydningen av begrepet. Det handler i større grad om hvem de kan stole på og stille spørsmål til dersom de selv innser at de trenger hjelp til/veiledes til å mestre noe (Rajka, 2011). Barn i denne fasen trenger veiledning og bekreftelse på det de gjør og den selvrealiseringen de gjennomgår nettopp på grunn av at de selv ikke har den fullkomne livserfaringen som en voksen forelder har. Hos barn som opplever omsorgssvikt i hjemmet og mangel på støtte fra foreldrene, vil kunne utsettes for en rolleforvirring og usikkerhet. Eksempelvis kan dette være en situasjon der barnet opplever og ikke kunne delta i fritidsaktiviteter med venner, invitere venner hjem eller skiller seg ut med utslitte og for små klær. Dette kan skape utrygghet og sjenanse for barnet, da de ikke får den oppfølgingen som et barn med tilstrekkelig oppfølging ville ha gjort. Barn i den angitte aldersgruppen trenger kontinuerlig bekreftelse på at de er på rett vei i livet og personer de kan støtte seg til. Det er viktig å trekke frem at barn i puberteten og ungdomsalder har mange fantasier rundt opplevelser med psykiske lidelser, som ikke gir mening. De er i større grad opptatt av å skjule følelser (Eide & Eide, 2007).

I barne- og ungdomsårene er ikke familietilhørighet lenger en like viktig faktor som tidligere. Det er mer sentralt at barn i alderen 12-16 år går på leting etter seg selv, hva man står for gjennom vennekretser, grupper og miljøer. «pappa, jeg blir flau!» er et gjenkjennbart uttrykk for barn i denne alderen, da mange opplever at foreldrene blander seg for mye inn i situasjoner som barnet selv ønsker å ordne opp i. Endring i stabilitet og kontinuitet, vil påvirke et barns adferdsmønster og utvikling. Usikkerhet og isolasjon er derfor ikke unormalt hos barn av foreldre med psykiske lidelser (Håkonsen, 2009).

En av grunnene til endring i stabilitet og kontinuitet kan være at barnet inntar en parentifiserende rolle i familien, og dermed ikke klarer å løsrive seg fra hjemmet i redsel for

at noe galt skal skje i form av at foreldrene skader seg selv eller forsvinner. Venner neglisjeres grunnet mangel på sosiale ferdigheter og redsel for at noen skal oppdage at deres forelder er syk (Kinge, 2009).

Barn i alderen 12-16 år er derfor fortsatt barn og barn som pårørende til tross for ungdomsalder (Eide & Eide, 2007). Barn blir aldri for små til å fornemme at noe er galt eller for kul til ikke å bry seg (Ruud, 2011).

3.3 Pårørende barn av psykisk syke

Tallmessig er barn som pårørende en svært stor gruppe. Felles for alle barn som pårørende er at deres foreldre har en definert sykdomstilstand, som kan deles inn i tre grupper; somatisk syke, psykisk syke og rusmiddelavhengige. På bakgrunn av dette kan det sees at hovedtyngden ligger på ulikhetene mellom barn som pårørende. Alle barn har ulik oppvekst, religion, bosettelse, familie og kultur, noe som gjør at man må vurdere de individuelt (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012)

Når foreldre rammes av sykdom, vil det ofte oppstå et brudd i familiens kommunikasjon. Foreldrene blir opptatt av egne problemer, og glemmer å dekke barnets behov for støtte og oppfølging. I mange tilfeller kan foreldrene selv oppleve mangel på kontroll over eget sykdomsbilde, hvor de ikke ønsker eller forstår at det kan være nødvendig å motta profesjonell hjelp. I redselen for at barnet skal miste respekten de har for forelderen, unnlater mange å fortelle sine barn om sykdommen (Nordenhof, 2012).

En psykisk lidelse medfører korte eller lengere perioder med påvirket adferdsmønster som er utspill for tanker og følelser hos den syke (Glistrup, 2004). En kan dermed se at foreldre med en psykisk lidelse er i mindre grad i stand til å reagere hensiktsmessig og være til stede for å observere barnets signaler. Barnet vil ha en større risiko for at utviklingen forstyrres i tilfeller der de ikke får tilstrekkelig oppfølging fra foreldrene (Nordenhof, 2012). På bakgrunn av dette kan en si at barnet opplever omsorgssvikt.

En omsorgssvikt kan defineres ved at de som har omsorgen for et barn, påfører barnet en psykisk eller fysisk belastning over lengre perioder der både den psykologiske og fysiologiske utviklingen svekkes (Killèn, 2004). I en omsorgssviktsituasjon er det ikke uvanlig at barnet isolerer seg fra sosiale arenaer, som skole, vennegjenger og sportslige

aktiviteter. Mange ønsker ikke å invitere venner hjem, da mor eller far kun ligger på sofaen eller blir sinte for kun små, ubetydelige ting. Isolasjon fører til ensomhet, hvor barnet kan oppleve at de ikke har noen å snakke om følelser til. De færreste barn i grunnskolen har en forståelse for hva det vil si å ha en psykisk syk mor eller far. På skolen kan barnet oppleve å bli holdt utenfor i friminutter og i verste fall bli mobbet på grunnlag av for eksempel mangel på klær og skolesaker (Glistrup, 2004).

Lojalitet er noe barn verdsetter høyt, og noe som gjør det enda vanskeligere å oppdage barn som lever under forhold der omsorgspersoner ikke tar ansvar. Ofte gjør barnet alt for å opprettholde en fasade, der de ønsker å beskytte den syke. Det kan være flere grunner dette, da en av dem kan være at barnet ikke ønsker at forelderen skal bli fratatt omsorgsretten. «De usynlige barna» er derfor et begrep som ofte blir brukt i situasjoner hvor samfunnet ikke klarer å fange opp barn i hjem der det har oppstått en omsorgssvikt som følge av at en eller begge foreldrene lider psykisk (Glistrup, 2004).

3.4 Kommunikasjon

En relasjon mellom det pårørende barnet og sykepleier må bygges før det kan tilrettelegges for kommunikasjon og samtale. Kommunikasjon kan defineres som «utveksling av meningsfylte tegn mellom to parter» Sier Hilde Eide og Tom Eide (2007, s 17).

Kommunikasjon kan deles inn i to hovedgrupper; nonverbal og verbal kommunikasjon.

Nonverbal og verbal kommunikasjon har forskjeller mellom seg, men er sammenhengende.

Verbal kommunikasjon er verbalt språk, mens nonverbal kommunikasjon kan beskrives som det vi uttrykker gjennom kroppsspråk og tegn. Eksempelvis kan dette være å vinke, smile og kroppsholdninger. Nonverbal kommunikasjon er viktig i arbeid med pasienter og pårørende med redusert eller ikke helt fullt utviklede kognitive evner, da spesielt med tanke på barn. Det er ikke alltid like lett for barn å sette ord på tanker og følelser, noe som gjør at det blir lettere for pleieren og nå frem ved hjelp av en nonverbal tilnærming. Mange barn som har opplevd omsorgssvikt i større eller mindre grad vil kunne føle en redsel og frykt for å tilnærme seg og åpne seg for fremmede personer. Tillitt, kontakt og relasjon kan skapes gjennom tid og kontakt (Eide & Eide, 2007).

Barn i alle aldre har noe de interesserer seg for. Sykepleier må identifisere hvilke interesser hvert enkelt barn har gjennom observasjon. Ved å få kontakt med barnet gjennom en

interesse, vil kunne skape en relasjon. Et eksempel på dette kan være bøker, spill, tegne og malesaker. Dersom barnet ikke ønsker å komme til institusjonen, kan det være aktuelt å møte barnet på en kjent arena, som skole eller hjemme. Dette kan støttes opp med at barnet ikke ønsker å dele tanker og følelser om foreldrenes sykdom, da de kan få en følelse av svikter den syke forelderen (Glistrup, 2004).

Familiehierarkiet er viktig å ta hensyn til i kommunikasjon med barn. En familie kan defineres som en gruppe mennesker hvor tilknytningen til hverandre er helt spesiell. En hverdag som deles hvor alle har en rolle å utspille. Ved rollene tilknyttes det forventninger, minner og vaner. Det blir som en fantasiplanet der rollene gjør opprør mot hverandre og man sanser og tenker hvordan de andre har det og føler (Skårderud Et al., 2010). Barnets lojalitet står i de fleste tilfeller høyere enn noe annet nettopp for å beskytte foreldrene og redselen for at familien skal gå i oppløsning (Nordenhof, 2012).

Samtale med barn som pårørende kan deles inn i fire ulike samtalefokus; informasjonsgivende, støttende, undersøkende og avdekkende samtale. Den undersøkende samtalen er ikke en relevant samtaleform i møte med barn som pårørende, da det går mer på undersøkelse av barnet (Nordenhof, 2012). Det kan imidlertid være nødvendig der det for eksempel er mistanke om vold.

En informasjonsgivende samtale bygger på å gi informasjon om forelderens sykdom eller problem. Når det gjelder barn, må sykepleier gjennom hele dialogen ha et fokus på at informasjonen er tilpasset mottakers alder, modenhet og om barnet selv ønsker informasjon. I enkelte tilfeller kan det å snakke om mor eller fars sykdom medføre ubehag, noe som kan føre til at informasjonen sees på som nytteløs. Det er en dialogførerens oppgave å tilpasse og prioritere hvilken informasjon som blir gitt. Dette kan støttes opp mot at barnet ikke inntar alt av informasjon og trenger tid til bearbeidelse og forståelse i en sårbar situasjon (Nordenhof, 2012).

Alle samtaler bør inneholde et støttende element. I den støttende samtalen skal det gis bekreftelse på at det barnet føler og opplever er normalt og at barnet ikke er alene. Barnet kan fra tidligere av, aldri fått muligheten til å sette ord på tanker og følelser hvor de ikke har den informasjonen som skal til for å få forståelse. Dette kan gjenkjennes i tilfeller der en ser barns uvirkelige tolkning av enkelte situasjoner. Det er heller ikke nødvendig å gi ut faglig

informasjon tatt fra fagbøker, men hjelpe barnet til å forstå på en egen måte som gir mening (Nordenhof, 2012).

I den avdekkende samtalen er det konkrete erfaringer og opplevelser som står i fokus. Hensikten med samtalen er at sykepleier skal kunne avdekke hvordan en kan hjelpe i den konkrete situasjonen. Eksempelvis kan det avdekkes om i hvilken grad barnet har blitt påvirket av foreldrenes lidelse og hva som skal iverksettes av tiltak. Et hjelpemiddel sykepleier kan benytte seg av for å kartlegge tilrettelagt behandling er helsedirektoratets retningslinjer for barn som pårørende.

Helsedirektoratet «barn som pårørende» (2010) skriver at:

Momenter som bør kartlegges av sykepleier for å avdekke hvordan den videre behandlingen skal utføres og hvilke etater som skal samarbeide:

- o Er foreldrene i stand til å ivareta og bistå barnet med de problemer og belastninger som avdekkes?
- o Hvordan er dagliglivet for barnet organisert og ivaretatt med hensyn til regler, struktur og rutiner?
- o Hvordan fungerer barnet i barnehage og på skole med henblikk på trivsel, skoleprestasjoner, konsentrasjon, fravær?
- o Har barnet overskudd til å være sammen med venner eller til å ta med venner hjem?
- o Viser barnet tegn på at han/hun er redd, usikker eller alvorlig bekymret?
- o Viser barnet tegn på uro eller atferdsvansker?
- o Vær også oppmerksom på "de flinke barna" som tilsynelatende mestrer situasjonen godt, men som likevel kan ha behov
- o Er barnet i kontakt med hjelpeapparatet?
- o Har barnet noen å snakke med som vet om og forstår situasjonen?
- o Opplever barnet tilstrekkelig følelsesmessig støtte og oppfølging? (s.7)

Dersom det er noe sykepleier kan påvirke gjennom samtale og foreldrene, trenger ikke kommunen underrettes. I tilfeller der sykepleier står utenfor sitt kompetanseområde vil det være nødvendig å kontakte instanser for å tilrettelegge for et best mulig tilbud til barnet. det

må vurderes om foreldrene skal informeres, da taushetsplikten kan tilsidesettes når det gjelder barn (Nordenhof, 2012).

3.4.1 Tverrfaglig samarbeid

Et tverrfaglig samarbeid kan forklares som at ulike, aktuelle yrkesgrupper går sammen for å sikre en god og faglig oppfølging av den aktuelle pasienten og deres pårørende. De ulike yrkesgruppene utvikler et terapeutisk miljø hvor alle har ansvar for å utøve sin karakter (Hummelvoll, 2012).

Sykepleierens rolle og oppgaver innenfor et tverrfaglig samarbeid vil være å vurdere hvilken helsehjelp som er nødvendig for hvert enkelt tilfelle for å kunne se det pårørende barnets grunnleggende behov. Deretter vil arbeidet gå ut på å få oversikt over helsehjelp som utøves av andre helseprofesjoner hvor sykepleier opptrer som samarbeidspartner i koordineringen av helsehjelpen. Dette er med på å oppnå best mulig pasientresultater hvor belastningen for pasienten og dens pårørende er minst mulig (Holter, 2011). Aktuelle etater som kan følge opp barn i den aktuelle aldersgruppen kan være sykepleier, skole, BUP, PP-tjenesten og helsesøster (Kinge, 2009).

3.5 Sykepleiers plikter

I yrkesetiske retningslinjer, skrevet av norsk sykepleierforbund står det beskrevet en sykepleiers profesjonsteknikk og de forpliktelser som ligger ved for å utøve en god sykepleiepraksis. All sykepleie skal baseres på omsorg, trygghet, barmhjertighet og respekt for hvert enkelt menneske og deres behov. Alle sykepleiere har en plikt til å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelser og sikre en verdig død (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Yrkesetiske retningslinjer sier: «når barn er pårørende bidrar sykepleieren til ivaretagelse av deres særskilte behov» (Norsk sykepleierforbund, 2011, side 9).

Ett av behovene barn har når de kommer til en psykiatrisk avdeling er å oppleve trygghet og nærhet. Sykepleier må lytte, samtale og vise at en er til å stole på dersom barnet åpent skal kunne fortelle om egne følelser. Kommunikasjon kan derfor anses å være en helsefremmende faktor. Gjennom kommunikasjon vil sykepleier få et bedre standpunkt rundt hvilket behov barnet har for oppfølging på avdelingen og videre etter forelderens utskrivelse.

Barn har rettigheter gjennom lovverk og FNs barnekonvensjon. FN sier at alle barn har like rettigheter uansett bakgrunn og sosial status og at alle barn er født frie og er like mye verdt(FN-Sambandet, 2012). Den norske regjeringen har utarbeidet et lovverk som gjelder for alle barn med norsk statsborgerskap.

Helsepersonelloven er sentral med tanke på barn som pårørende. Formålet med loven er å bidra til å kvalitetssikre all omsorg helsepersonell utøver og skape tillitt til at arbeidet blir utført på en god og faglig måte sier helsepersonelloven § 1(1999). Videre under helsepersonelloven kommer § 10a(1999), som sist ble endret i 2009, grunnet forbedringspotensialer. Dette satt et høyere fokus på barna og hvilke rettigheter de har i Norge. Loven inneholder plikten om å ivareta barnet under foreldrenes behandling. Videre har det pårørende barnet krav på informasjon om pasientens diagnose og situasjon, tilpasset sitt utviklingsnivå. Sykepleier og annet helsepersonell må innhente og videreføre informasjon for å ivareta og kvalitetssikre videre behandling, også etter at pasienten er utskrevet sier helsepersonelloven § 10a (1999).

Sykepleier må under hele behandlingsforløpet i samarbeid med pasienten avklare hva som skal videreformidles av informasjon til det pårørende barnet i følge helsepersonelloven § 22(1999). Grunnen er at sykepleier har som plikt å forholde seg til lov om taushetsplikt §21 og §22 i helsepersonelloven(1999). «Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell» sier helsepersonelloven § 21 om taushetsplikt(1999).

En annen viktig lov i arbeid med barn er spesialhelsetjenesteloven. Alle helseinstitusjoner som omfattes av spesialhelsetjenesteloven(1999) skal ha et barneansvarlig personell. En barneansvarlig har ansvar for å koordinere og fremme helsepersonellets oppgaver i forbindelse med arbeidet med barn av psykisk syke, står det skrevet i spesialhelsetjenesteloven § 3-7a(1999).

Barneansvarlig koordinator skal ha kunnskaper om og vie sin stilling til barnets beste. Helsedirektoratets rundskriv om barn som pårørende, beskriver oppgavene gjennom konkrete punkter for å sikre at arbeidet blir utført på en faglig og forsvarlig måte (Helsedirektoratet, 2010).

Helsedirektoratet «barn som pårørende» (2010) skriver at:

Essensielle kunnskaper er derfor;

- lovverket relatert til barn, barnevern, taushetsplikt o.a.
- hvordan man utvikler prosedyrer og retningslinjer
- hvordan førstelinjetjenesten er organisert og hvordan man utvikler og ivaretar samarbeidsrutiner
- normale faser i barns utvikling
- hvordan informasjonen må tilpasses ulike utviklingstrinn
- hva som kan særprege de ulike sykdomstilstandene og hvilke konsekvenser dette kan få for barnet
- hvordan pasientens problemer kan prege hele familielivet og de konsekvenser det kan få for barnet
- hvordan omsorgspersoner som ikke er pasienter, forholder seg når nære familie-medlemmer trenger behandling. (s. 17-18)

I tillegg har alle pasienter og brukere av helse - og omsorgstjenester i Norge rett til å medvirke i utviklingen av behandling som angår ens egen helse, står det skrevet i pasient og brukerrettighetsloven § 3-1(1999).

Sykepleier har plikt til å legge til rette for at alle brukere av en helsetjeneste skal medvirke til individuell plan og behandling generelt. I dette tilfeller er det ikke diagnose og behandling det fokuseres på. Det er allikevel aktuelt at barnet får bidra til å snakke sin sak om hva som er best for han eller henne med tanke på videre oppfølging. Sykepleier må «dele» sin makt med barnets kunnskaper om egne følelser, noe som vil fremme en tryggere og mer brukemedvirkende oppfølging (Hummelvoll, 2012).

4. Drøfting

I dette kapittelet skal vi drøfte hvordan sykepleier kan bidra til å skape en god samtale med barnet under forelderens opphold ved institusjonen. For å kunne besvare oppgavens problemstilling, vil vi drøfte teori opp mot forskning, casen om «Mari» og egne erfaringer gjort gjennom praksis og yrkesliv. Drøfting vil i korte trekk defineres som en egendiskusjon der vi tar for oss både mot og for– argumenter på grunnlag av teori vi har samlet inn tidligere i oppgaven (Dalland, 2012). Vi skal i denne delen av oppgaven belyse sykepleiers funksjon gjennom å trekke frem tråder rundt ivaretagelsen av barn hvorav en eller begge foreldre er innenfor spesialhelsetjenesten.

4.1 Presentasjon av case

Mari på 15, går siste året på ungdomsskolen. Hun bor alene med far i en leilighet. Hun har den siste tiden merket at faren ikke legger seg om kvelden, og holder uro i leiligheten ut i sene nattetimer. Han møter ikke til jobb og kjøper nye, unødvendige ting, som dyrt musikkutstyr som faren har planer om å komponere musikk med. Mari oppfatter dette som spesielt, da faren aldri har vært interessert eller tatt noen utdanning innen musikk. Mari har vanskeligheter for å gjenkjenne sin far, og blir urolig. Det er heller ikke lenger mat i kjøleskapet, og Mari må selv dra på butikken og handle for egne oppsparte penger. Mari må ta sin egen klesvask og rydde hjemme, fordi faren ikke er i stand til å gjøre det. Hun føler seg isolert og har ingen å snakke med. Hun kommer ofte for sent på skolen, da hun ikke får sove om nettene, og konsentrasjonen på skolen er minimal.

Faren blir senere innlagt ved psykiatrisk avdeling der han får behandling. Mari har ikke et forhold til moren da hun døde under fødselen. Under innleggelsen bor Mari hos ei tante som hun ikke har vært i nær kontakt med på flere år. Dette er i tillegg kun en kortvarig løsning. På institusjonen der far er innlagt møter Mari en sykepleier til avtalt samtale.

4.2 Sykepleierrollen

Gjennom helsepersonelloven § 10a(1999) er sykepleier pliktig til å hjelpe og ivareta barn som pårørende til foreldre innenfor spesialhelsetjenesten. Det innebærer å møte barn som «Mari», hvor enten mor eller far er innlagt på institusjon. I følge forskning står sykepleieren i en unik posisjon til å hjelpe og komme i kontakt med barn som pårørende av psykisk syke (Kohronen Et al., 2010). Teori viser at det å møte barn i en krisesituasjon er utfordrende og krevende, hvor sykepleier må være bevisst på rolle, posisjon og hvilket ansvar det innebærer å ivareta et barn i en svært sårbar situasjon (Helsedirektoratet, 2010). Dette kan trekkes en tråd mot at alle mennesker har et forskjellig syn og meninger basert på erfaring og livet. Affekt toleranse og affekt bevissthet kan ha en innvirkning på sykepleiers handlinger, noe som kan skape konsekvenser for hvordan sykepleier behandler og møter disse barna (Eide & Eide, 2007).

Å møte barn i en sårbar situasjon vil være unik fra hver enkelt situasjon. Alle barn opplever forelderens sykdom på ulik måte. Kontakten og relasjonen mellom barnet og forelderen er ofte svekket som følge av at barnet har opplevd svik over flere ganger (Killèn, 2004). Eksempel på dette kan være ut fra casen om «Mari» der hun selv må ta seg av farens grunnleggende behov i tillegg til å ivareta sine egne. Et annet eksempel kan være at barnet går mye alene uten og vite hvor foreldrene er eller når de kommer hjem. Det at barnet i tillegg får et tvungent forhold til sykepleier i en institusjon kan være noe barnet ser på som en ny byrde og forholde seg til, som i tillegg foreldrene nok en gang har påkostet de (Nordenhof, 2012). For sykepleier blir det derfor naturlig å forstå at det kan være skummelt, emosjonelt og ikke minst utfordrende for barnet å møte sykepleier.

I teorien står det at for å kunne tilnærme seg et barn i «Maris» situasjon er det nødvendig at sykepleier har kunnskaper om deres psykologiske utvikling. Et barn i 15-års alder vil kunne ha en større evne til å ha forståelse rundt det å være pårørende til en psykisk syk pasient, men vil sannsynligvis allikevel være preget av innleggelsen (Nordenhof, 2012). I praksis har vi opplevd at man som sykepleier burde fokusere på barnets modenhet, da det er vanskelig å kategorisere barn som har opplevd ulike grader av omsorgssvikt. Teorien sier allikevel at barnet kan ha tapt elementer som omsorg nærhet og trygghet, som igjen skaper en mindre tillit til seg selv og til personer rundt en. De har aldri før hatt muligheten til å dele sine tanker og følelser med andre, og mange vet kanskje ikke hvordan det skal gjøres (Glistrup, 2004).

Forskning belyser dette ved å trekke frem at selv om barnet befinner seg i et ungdomsstadium, har ikke alle barn grunnlaget for å forstå hendelsene rundt deres psykisk syke forelder(Trondsen, 2012). Sykepleier må ha evnen til å vise empati, nærhet og ikke minst vise at en et til å stole på. Det er ikke nok å se barnet, men en sykepleier må ha kunnskaper om hvordan man skal komme inn til kjernen av problematikken og hvordan det skal løses (Glistrup, 2004).

I praksis har vi sett at mange sykepleiere har ulikt utgangspunkt for å løse og komme inn til kjernen av barnet. I forskning står det at sykepleiere som selv har barn, vil kunne ha et større grunnlag for ivareta barn som pårørende(Kohronen Et al., 2010). I praksis har vi erfart at dette er svært individuelt. Det kan være at enkelte er usikre og redde for hvordan de skal gå frem i en samtale med barn av psykisk syke, fordi det er noe de ikke kan relatere til en selvopplevd hjemmesituasjon. Vi ser heller at sykepleiere med høyere utdanning og et bredere erfaringsfelt vil være i større grad rustet til å ivareta og samtale med barn av psykisk syke.

Forskning viser til at usikkerhet og maktesløshet over situasjonen kommer i en fremtredende posisjon hos mange av deltakerne i undersøkelsen(Trondsen, 2012). Avvisning er derfor et faktum sykepleier vil kunne oppleve i møte med disse barna. Med tanke på at sykepleier har grunnkunnskaper om at barna er tilbakeholdne og skeptiske for situasjonen i utgangspunktet, gjør at mange sykepleiere blir usikre for å ta kontakt. Noe som igjen fører til at barnet ikke får den oppfølgingen de trenger. Dette gjenspeiles i tall på hvor få som blir registret som pårørende barn av psykisk syke (NRK, 2014). I praksis kan dette ha en sammenheng med at mange sykepleiere unngår samtalen grunnet egne erfaringer med å skille empati med kunnskap om motoverføring og overføring. Sykepleier kan innta opplevelsen og smerten barna føler på personlig måte, noe som gjør at det igjen unnviker situasjonen (Eide & Eide, 2007).

I teorien står det at alle sykepleiere uansett bakgrunn og utdanning har en plikt til å kartlegge barnet og koordinere barnets videre oppfølging, sier helsepersonelloven (1999). Et tverrfaglig samarbeid vil i mange tilfeller være svært aktuelt. Forskning viser til at mange barn opplever å bli behandlet av forskjellige etater med ulike personer fra gang til gang(Trondsen, 2012). Gjennom personlige erfaringer ser vi at barn av ulik grad av omsorgssvikt aldri fikk den samtalen med sykepleier når de kom inn for første gang. Barn som nå er voksne har fortalt oss personlig at et opplegg ble utformet uten at de selv ble

informert, noe som resulterte i at de mistet tillit til helsevesenet og følte seg som en kasteball i systemet. Dette opplever vi som oppsiktsvekkende. Forskning viser imidlertid at flertallet av sykepleierne allikevel hadde informert om deres foreldre og videre oppfølging.

Svakhetene de kom frem til i undersøkelsen var at sykepleier unnvikt fra å fortelle om eventuelle risikofaktorer og at barnet selv hadde en større muligheter for å utvikle psykiske lidelser senere i livet (Kohronen Et al., 2010). I en annen forskning viser det seg at jenter i større grad har en risiko for å utvikle psykiske lidelser i ungdomsårene der mor har hatt en depresjon (Nilsen Et al., 2013). Vi ser at til tross for at studien er gjort på mødre og deres barn, vil det allikevel kunne belyse viktigheten for å kartlegge informasjon gjennom samtale for å kunne videreformidle til forebyggende instanser.

I «Maris» situasjon sier teorien at sykepleier bør forholde seg til helsedirektoratets utarbeidende punkter i henhold til kartlegging av videre oppfølging. Mye av kartleggingen skjer gjennom observasjon og samtale med barnet (Helsedirektoratet, 2010). I «Maris» situasjon vil det være nødvendig å se på hvorvidt farens helsetilstand går ut over «Maris» hverdagsliv (Nordenhof, 2012). Det viktigste for «Mari» nå blir å føle trygghet. Faren er til tross for sykdommen, en far for «Mari,» noe som gjør at det kan være aktuelt å inkludere far der det lar seg gjøre. Sykepleier må vise at far er i trygge hender og at han får hjelp (Glistrup, 2004). I enkelte situasjoner kan det være aktuelt å innhente informasjon fra enten den syke forelder eller dersom barnet har andre nære omsorgspersoner. De kan ha observert barnet i en hjemmesituasjon, noe som kan være verdifull informasjon for sykepleier. Vi ser allikevel at det i «Maris» situasjon blir vanskelig, da hennes familie ikke står nært.

Ved at sykepleier tar i bruk punkter for kartlegging forventes det at skole, lærer og helsesøster allerede er kontaktet. To av punktene forteller hva sykepleier skal legge vekt på i kontakt med skolen. «Hvordan fungerer barnet i barnehage og på skole med henblikk på trivsel, skoleprestasjoner, konsentrasjon, fravær? og om barnet har overskudd til å være med venner eller til å ta med venner hjem?» sier Helsedirektoratet (2010, s. 7). Videre i helsedirektoratets punkter står det at en sykepleier må observere om barnet er redd, usikker eller bekymret for situasjonen. Barnet kan i tillegg ha tegn på uro og atferdsvansker (Helsedirektoratet, 2010). Vi har opplevd i arbeid med barn ofte blir sittende i et hjørne hvor de har fullstendig oversikt over rommet. Vi tenker oss til at barnet ønsker å observere sykepleier og personer i rommet for å unngå en uventet situasjon, som igjen skaper redsel.

Selv om teorien er klar på hvilke oppgaver en sykepleier skal utføre, har vi dessverre sett at ofte blir ikke dette iverksatt. Det kan være mange grunner til dette. En grunn vi har observert i praksis er at barn sjeldent blir innkalt til en samtale selv om det er rom tid. En annen grunn kan være at det står oppført to omsorgspersoner, der en eller begge ikke ønsker at barnet skal innblandes i forelderens innleggelse.

4.3 Relasjonsbygging

En relasjon mellom barnet og sykepleier er vesentlig for å kunne samtale og kommunisere med barnet, sier teorien (Eide & Eide, 2007). Sykepleier må derfor gå aktivt inn for å skape en kontakt med barnet gjennom tillitt. Erfaringsmessig ser vi at relasjon ikke bygges kun gjennom verbal kommunikasjon, men som oftest nonverbalt. Barn på «Maris» alder er på et utviklingsstadium der det å snakke om følelser til fremmede mennesker kan være vanskelig. Barn på hennes alder vil ha en større forståelse av hendelsen rundt, som igjen skaper et større tankemønster. Ungdomstiden handler om å finne seg selv og sin identitet, og kan ha en sammenheng med at familien ikke lenger er en så viktig del av livet som de forgående årene. Det er derimot viktigere å ha kontakt med venner og grupper som fanger interesse (Håkonsen, 2009). Det kan anses at det å møte ei jente på «Maris» alder vil ha større utfordringer enn et barn på tre år, da vi ser at barn i denne aldersgruppen er mer tilbakeholden i kommunikasjonen enn en treåring. Sykepleier vil sannsynligvis bruke lenger tid på å skape tillit.

Tillit er nøkkelen til kommunikasjon. Sykepleier skal spille en støttende og hjelpende rolle i prosessen der tillitt og relasjon bygges. Det kan være aktuelt å gi barnet alenerom, hvor det selv tar initiativ til samtale. Sykepleier viser barnet at det er normalt å være redd og usikker i en slik situasjon, noe som igjen bygger relasjon. Det kan være uheldige, tidligere opplevelser med helsevesenet som har en sentral rolle, og som gjør det vanskeligere å stole på sykepleier. Sykepleier må derfor ta stilling til utallige muligheter for hvorfor barnet ikke ønsker kontakt eller hvorfor det så sår trenger det. Forskning sier imidlertid at barn i samtalegrupper forteller at de ser på seg selv som en «vare,» som fraktes inn og leveres ut igjen (Kohronen Et al., 2010). I praksis opplevde vi heller ikke barneansvarlig som en fremtredende del av avdelingen.

Travelbee fremhever i sin teori at et menneske-til-menneske-forhold må etableres dersom det skal oppstå en mestring av situasjonen. Et forhold oppnås ved at den et menneske trenger tjenestene en sykepleier utøver. Travelbee var opptatt av at rollene som «sykepleier,» «pasient,» og «pårørende» bærer for mye preg av autoritet, noe som skaper grenser for kontakt. Dersom sykepleier møter barnet i rollen som to mennesker der begge har behov for hverandre, vil det åpne en større bredde for å oppnå en god relasjon (Travelbee, 2001).

Gjennom fire sammenhengende faser har Travelbee en teori om hvordan to mennesker kan skape en god relasjon seg imellom (Travelbee, 2001). I det innledende møte vil sykepleier og barnet være preget av at begge parter et ukjente, hvor begge kan analysere og oppfatte hverandres roller, noe som kan prege det første inntrykket. I sykepleiers første møte med «Mari» er det nødvendig at sykepleier går ned på hennes nivå og viser at her kan du være trygg gjennom empati og medfølelse (Travelbee, 2001). Et trygt barn vil kunne ønske å dele mer om sine følelser og situasjon enn et barn som utlyser utrygghet (Eide & Eide, 2007). I praksis ser vi at mange sykehusavdelinger er preget av lite ressurser og dårlig tid, noe som gjør det vanskelig å avsette tid til pårørende barn. Sykepleier må vise at det er tid, for å skape en gjensidig respekt, noe som igjen er viktig for oppbyggingen av en relasjon. Selv om vi observerer dette i praksis, viser studiene noe annet. De viser at sykepleieren observerer barnet og at det er avsatt tid til samtale (Kohronen Et al., 2010). Imidlertid kan det være mangel på kunnskaper som setter en stopper for hvorfor sykepleier ikke oppsøker barnet.

4.4 Den gode samtalen

I teorien står det at det aldri kan gis en tydelig oppskrift på hvordan man kan møte et barn i en sårbar situasjon (Eide & Eide, 2007). Teorien fortsetter med at det er ulike hjelpemidler en sykepleier kan benytte seg av i samtale med barn. Eksempelvis kan dette være å ikke sitte ansikt mot ansikt med barnet, men heller åpne for at samtalen foregår i sammenheng med en biltur der den voksne ikke kan se seg tilbake i bilen. Det oppleves at barnet i større grad ønsker å samtale i en kontekst der det er andre forstyrrende lyder og elementer tilstede (Ruud, 2011).

Teori belyser viktigheten av sykepleier har kunnskaper rundt nonverbal kommunikasjon og kroppsspråk. I en samtale med barn vil nonverbal kommunikasjon få et større gjennomslag enn den verbale (Eide & Eide, 2007). En sykepleiers holdninger og utstråling vil kunne ha

en effekt på hvorvidt barnet ønsker å søke kontakt eller ikke. Vi ser at sykepleier må gå i seg selv og tenke: hvordan ville jeg ønsket å bli møtt i en situasjon der jeg var helt alene? Teorien sier noe om at en sykepleier må vise medmenneskelighet, barmhjertighet og forståelse (Eide & Eide, 2007).

Det kan være skremmende og skummelt å møte en sykepleier på en institusjon. Sykepleier må skjerme barnet for fellesarealet og områder der andre pasienter oppholder seg, sier teori (Moen, 2009). Barnet har allerede mye å tenke på og mange følelser rundt sin syke foreldre, og må skånes på en best mulig måte for å unngå enda flere inntrykk som skal skape usikkerhet og utrygghet (Moen, 2009). Barn forteller om situasjoner der de har møtt andre pasienter med alvorlige psykoser, hvor de har sittet med et enda verre inntrykk enn da de først ankom avdelingen (Ruud, 2011). Sykepleier må avsette et eget rom der barnet og de aktuelle personene kan oppholde seg. Teori støtter imidlertid at det ikke alltid trenger å være slik. Det kan hende at barnet har et større behov for en omvisning på sykehuset og se hvordan den daglige driften foregår, samt møte det behandlende personalet (Ruud, 2011). Erfaringsmessig ser vi samfunnet setter en standard for hvordan et psykiatrisk sykehus bli fremstilt. Ofte gjentatte fraser er «galehus» og «fengsel.» Når barnet får en omvisning på sykehuset kan man tenke seg til at barnet får en helt annen opplevelse av den hypotesen de først kom inn med. Dersom barnet opplever avdelingen som betryggende, vil det være økt sannsynlighet for at barnet aksepterer hjemmesituasjonen i etterkant av forelderens utskrivelse. I forskning står det beskrevet at barna fikk en større forståelse rundt forelderens lidelse gjennom at sykepleier hjalp til med å søke etter ord som bedre kunne beskrive forelderens lidelse. Dette gjorde situasjonen lettere etter utskrivelsen hvor barnet gjenvant følelsen av trygghet til forelderen. I etterkant av undersøkelsen fikk barna en økt opplevelse av å kunne mestre forståelsen rundt sykdommen. Det ble mindre tabubelagt og det var lettere å informere venner og nærmiljøet om sykdommen ved bruk av de nye ordene sykepleier hadde informert om (Haukø & Stamnes, 2009).

For å skape trygghet hos barnet, skal sykepleier på en best mulig måte legge til rette før samtalen begynner. Tv-serier, bøker, tegne og brettspill kan være aktuelle gjøremål barnet kan bære interesse av. Dette skaper en arena hvor takhøyden ikke blir like stor (Eide & Eide, 2007). «Mari» skal oppleve besøket og omgivelsene, som normale for en jente på 15 år.

Når sykepleier har tilrettelagt for samtale, må en se på i hvilken rekkefølge det er hensiktsmessig å rangere samtalene i. Med utgangspunkt i case, er far til «Mari» en sentral

person. I helsepersonelloven § 22(1999), står det at alt av informasjon som videreformidles til aktuelle personer, må avklares med pasienten på forhånd. I denne situasjonen har ikke «Mari» en mor, men dersom dette hadde vært tilfelle, skulle det i tillegg vært klarhet i hvilken informasjon «Mari» skal få fra mors side. I praksis har vi erfart at det likevel er nødvendig å gi informasjon i tilfeller der foreldrene motsetter seg, men da i henhold til helsepersonelloven § 21(1999). Det vil derfor sees på som hensiktsmessig alltid å føre en samtale med foreldrene i forkant.

I forskning kommer det frem at barn deler mer av sine tanker og følelser når de er alene med sykepleier. Forskingen belyser at barnet ikke ønsker å henge ut forelderen, noe som at gjør at de ofte tier og utlyser usikkerhet i samtalesammenhenger (Haukø & Stamnes, 2009). I teorien kommer det frem at familiehierarkiet er faktum i enkelte situasjoner der pårørendesamtalene foregår i samråd med foreldre. De kan henvise seg til foreldrene med blikk kontakt for å avklare om det er tillatt å svare på spørsmålet sykepleier stiller (Nordenhof, 2012).

I «Maris» situasjon er det ikke sikkert at far er i stand til å kunne delta på i en samtale og føre en seriøs dialog med sykepleier og «Mari» tilstede. Det er viktig å ta stilling til at far også kan sitte igjen med en del følelser knyttet til situasjonen, som for eksempel følelsen av svik ovenfor datteren. Teorien sier allikevel at familiesamtaler bør foretas. Sykepleier kan dermed observere barnet i et familiemiljø, samtidig som sykepleier kan legge til rette for at samtalen kan videreføres til en hjemmesituasjon. Det er i mange tilfeller aktuelt å bygge videre på samtalen hjemme (Nordenhof, 2012).

Den viktigste samtalen en sykepleier foretar seg, mener vi er den samtalen der kun barnet og sykepleieren er inkludert. Ingelise Nordenhof (2012) skriver i boken «pårørendesamtale med barn» at en sykepleier bør ha med flere elementer i en samtale. Enten det er over flere samtaler eller kun en. Samtalen kan bestå av et informerende, støttende og avdekkende element.

I teorien står det beskrevet at i den informerende delen av samtalen gis det informasjon angående forelderens sykdom eller problem (Nordenhof, 2012). For å kunne informere «Mari» må sykepleier se på hvilket modenhetsstadium «Mari» befinner seg i og sette det opp mot hennes psykologiske utvikling. Hun har tatt del i en såkalt parentifiserende rolle, hvor hun har ivaretatt seg selv i tillegg til faren. Det er noe en jente på 15 år ikke skal trenge å

oppleve, og noe som gjør at hun sannsynligvis går utenfor de rammene teorien beskriver for barns psykologiske utvikling i alderen 12-16 år (Håkonsen, 2009). Vi opplever selv at barnet kan ha liten interesse av den informasjonen de får, grunnet overveldenhet rundt det at forelderen er innlagt og tanker rundt det som vil skje videre.

Vi ser at alle barn trenger en person å støtte seg til. Teorien belyser at ei jente på «Maris» alder, vil barnet være på leting etter seg selv og sin identitet. Barnet vil ha et større behov for bekreftelse (Håkonsen, 2009). Det kan dermed trekkes en tråd til Travelbee's teori om menneske-til-menneske-forhold. Sykepleier må legge sin autoritet til side og vise medmenneskelighet ovenfor «Mari» og det hun gjennomgår (Travelbee, 2001). Selv ser vi at det å møte pårørende i praksis som hjelpende og menneskelig, vil skape en sterkere relasjon enn hva det ville gjort hvis den autoritære rollen fremtreder. I teorien står det videre at barn ofte sitter igjen med en skyldfølelse i forbindelse med forelderens sykdom. Sykepleier må rette opp barnets misoppfatning med å begrunne hvorfor det ikke er deres feil at forelderen er syk, i tillegg til å forsikre om at barnet ikke er alene. Det kan bygges opp med funn fra forskning. I forskningsprosjektet «du er ikke den eneste» viser at flere barn opplever ensomhet i situasjonen og tror selv at de er den eneste. Gjennom gruppesamtaler med andre barn av psykisk syke foreldre, forteller barna at de har hatt en støtte i at andre barn i samme situasjon deler tanker og følelser (Halsa & Aubert, 2009). I yrkeslivet har vi og erfart at barn har en unik måte å kommunisere seg i mellom. Det kan derfor skape større bredde for barnet forståelse av sykdommen.

I teorien står det at en sykepleier avdekker behovet for videre oppfølging under hele samtalen. Hensikten er å kartlegge om barnet trenger videre oppfølging eller om det er tilstrekkelig med det arbeidet en sykepleier kan utføre på avdelingen. Teorien belyser videre at sykepleier har en meldeplikt dersom det er slik at situasjonen går utenfor en sykepleiers kompetansefelt (Nordenhof, 2012). Sykepleier melder saker til barnevernet der det er aktuelt med en videre undersøkelse av saken. I henhold til helsepersonelloven § 21(1999), vil ikke sykepleier ha en plikt til å informere foreldrene om bekymringsmeldingen til barnevernet. Personlig ser vi allikevel at det kan være aktuelt å informere foreldrene, og i enkelte situasjoner er pasienten selv glad for at barnet får tilrettelagt hjelp. I praksis har vi i tillegg erfart at barnevernet får et dårlig lys gjennom for eksempel media. Sykepleier må informere foreldrene om at barnevernet kun er ute etter å hjelpe barnet til en best mulig hverdag i samråd med foreldrene.

I tillegg til barnevernet vil det være aktuelt å trekke inn andre instanser til et tverrfaglig samarbeid. I «Maris» tilfelle vil aktuelle instanser være skole med lærer, helsesøster og kommunen(BUP, PPT). En sykepleier ville kunne konferere med barneansvarlig ved avdelingen, dersom det skulle oppstå tvil i en sak rundt det pårørende barnet.

Gjennom spesialhelsetjenesteloven § 3-7a(1999) skal alle avdelinger innenfor spesialhelsetjenesten ha et barneansvarlig personell, som har ansvaret for å ivareta og være faglig oppdatert på barns rettigheter og utvikling (Helsedirektoratet, 2010). I teorien står det skrevet at barneansvarlig koordinator har et ansvar om å vie sine faglige kunnskaper til barnets beste. I Rundskrivet Barn som pårørende henviser Helsedirektoratet(2010) til punkter om hvilken kunnskap en barneansvarlig bør sitte med. Blant annet er dette kunnskaper om barnets utvikling, relaterte lovverk, prosedyrer og retningslinjer, ivaretagelse av samarbeidsrutiner og hvordan informasjon skal gis til barn. Forskning viser til at de barneansvarlige barn har vært i kontakt med, reflekterer over blandede følelser. Noen er svært fornøyde med å ha noen å snakke med og føler de får god oppfølging. Andre har erfaringer med at det er mange forskjellige personer å forholde seg til for hver innleggelse. Studien viser også at det kan være vanskelig å innhente nok informasjon angående barnets følelser og individuelle behov for å kunne koordinere et sammensatt tilbud til hver enkelt(Trondsen, 2012). Vi ser selv at en barnekoordinator er avhengig av at sykepleiere utfører en tilstrekkelig kartlegging i samarbeid med barnekoordinator for å få frem et helhetlig bilde av situasjonen. Vi tror at dette vil føre til et bedre utgangspunkt for arbeidet rundt en videre oppfølging.

4.4.1 Gi barnet informasjon

I helsepersonelloven(1999) § 10a står det at alle barn som pårørende har rett på tilpasset informasjon. Vi ser at det er viktig at sykepleier gir informasjon angående forelderens sykdom eller problem. Dette kan begrunnes med at gjennom personlige opplevelse, har vi sett at mangel på informasjon fører til usikkerhet, lav selvtillit, lav konsentrasjon og økt risiko for selv å utvikle psykiske lidelser. Forskning kan støtte opp mot disse argumentene, da flere av ungdommene i undersøkelsen forteller at flertallet deler erfaring med mangel på informasjon(Trondsen, 2012).

Videre i forskningen forteller deltakerne at mangel på informasjon både innenfor familien og av helsepersonell, førte til frustrasjon, ubesvarte spørsmål og redsel. Alle deltakerne er enige

i at informasjon bør komme på et tidlig stadium. De begrunner dette med at enkelte opplevde foreldrenes symptomer gradvis uten en forklaring. Andre fikk en traumatisk opplevelse gjennom en spesifikk hendelse der forelderen ble akutt innlagt ved psykiatrisk avdeling (Trondsen, 2012). I «Maris» situasjon står hun helt alene, overlatt til tanten, som hun ikke har vært i nær kontakt med på flere år. Det har kun vært hun og faren. Dersom «Mari» ikke får den informasjonen hun trenger, vil hun stå igjen med flere ubesvarte spørsmål, som hun konstant vil prøve å finne svaret på. Vi ser at det er alt for mye for en 15 år gammel jente å bearbeide alene.

Det er i tillegg viktig å belyse at helsevesenet gjør en meget god jobb i mange tilfeller. Personlig har barn som nå er voksne fortalt oss at de personlig har fått god oppfølging og informasjon gjennom samtale. Det resulterte i en bedre mestring av hverdagen og bedre livskvalitet. Forskning belyser også dette i den finske studien; *Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry?* (2010). Studien konkluderer med at mange sykepleiere utfører et godt grunnarbeid og informerer barnet tilstrekkelig. De avslutter med å si at det uansett forbedringspotensialer, noe vi ser oss enige i.

5. Konklusjon

Mange barn av psykisk syke opplever at de ikke får tilstrekkelig informasjon eller tilbud om samtale med sykepleier i den perioden forelderen er innlagt. «Den gode samtalen» vil ha ulik betydning for hvert enkelt barn. Det er derfor vanskelig å komme frem til en konklusjon på hvordan en sykepleier kan tilrettelegge for «en god samtale» ut fra en standard mal. Som sykepleier ser vi at det er en krevende rolle å utspille. Det er viktig at hver enkelt samtale blir tilrettelagt for barnets situasjon og perspektiv.

Ved å se på ulike teori tatt fra litteraturliste og selvvalgt litteratur, samt forskning og personlig relevans, har vi drøftet ulike forutsetninger for å tilrettelegge, fremme en god samtale og videreføre arbeidet. På grunn av alle barns unike situasjon, posisjon, utvikling og oppvekst vil det være svært individuelt hvorvidt barnet får noe ut av samtalen. Vi har blant annet sett på ulike elementer en sykepleier kan bruke, som det informerende, støttende og avdekkende element. Det kan være aktuelt å bruke flere elementer i én samtale, kontra en annen. Det er ikke et konkret svar på hvordan denne samtalen kan føres. Det er heller ikke sikkert at sykepleier får nok tid eller tilstrekkelig med innsyn til å observere barnet i forhold til videre oppfølging. For å kunne vurdere dette må sykepleier gå inn i hver enkelt situasjon og vise vurderingsevne, interesse, empati og evnen til å sette seg inn i barnets følelser. I vår oppgave har vi funnet ut at i situasjoner der sykepleier unnviker samtalen, vil barnet få en redusert mulighet for videre oppfølging. Gjennom drøfting har vi i tillegg funnet ut at kompetanse og erfaring er vesentlig for at barnet skal få tilrettelagt for «den gode samtalen» på en best mulig måte, samtidig som et tilrettelagt opplegg videre blir iverksatt.

Vi ser gjennom oppgaven at en relasjon må til for å skape tillitt og nærhet til barnet. Det er uforutsigbart å trekke en konklusjon mot om en relasjon oppnås eller ikke. En relasjon baseres på sykepleiers holdninger, utstråling og en trygg væremåte, noe som er individuelt for hver enkelt sykepleier basert på livserfaringer og personlighet.

Vi har fått svar på at nonverbal kommunikasjon vil være aktuelt å ha kunnskaper om som sykepleier. Hvordan sykepleier forholder seg til barnet, vil ha alt og si for i hvilken grad barnet ønsker å tilnærme seg. Vi ser allikevel at kommunikasjon er en livslang læring, og noe man aldri kan lære nok om.

«Den gode samtalen» er allikevel et godt verktøy dersom sykepleier setter seg inn i og forstår barnet ut fra hver enkelt situasjon. Vi ser at samtalen kan ha ulik hovedtyngde på de forskjellige elementene, hovedsaken er at barnet skal få en person det kan støtte seg til og en person å føle nærhet til. Små, men betydelige elementer kan ha en effekt på barnet, som for eksempel at sykepleier gir barnet en klem og forteller at vi er der for å hjelpe. Å bruke tid på samtale med barn kan være utfordrende og tidkrevende i en travel hverdag der det er andre pasienter å fokusere på. Det er allikevel viktig å ta seg tid til, oppdatere seg faglig, tilegne seg erfaring og videreføre arbeidet med pårørende barn for å skape en bedre hverdag disse barna. Sykepleier må være kreativ, og vise at alle barn bør ha en lik forutsetning for utvikling, da de er våres fremtid.

6. Litteraturliste

- *Bergem, A. K. (2013). *Pappa'n min er syk i tankene sine*. Bergen: Fagbokforlaget. (s. 7-46)
- *Cullberg, J. (1999). *Dynamisk psykiatri*(5.utg). Otta: Forlaget och kultur. (s.472-483)
- Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var*. (Folkehelseinstituttet 1 Rapport nr.1, 2011) Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*(5.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*(2.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Evang, A. (2010) *Utvikling, personlighet og bordline*(5.utg). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag. (s.92-110)
- * FN-Sambandet.(2012). *Hva sier barnekonvensjonen?* Lokalisert på <http://www.fn.no/Tema/Menneskerettigheter/Fordypning/Barns-rettigheter>
- *Glistrup, K. (2004). *Det barn ikke vet.. har de vondt av*. Oslo: Pedagogisk forum AS. (s.28-34, 47-51, 102-108, 114-128)
- *Hasla, A. & Aubert A.M. (2009) *Forebyggende arbeid når mor eller far har psykiskehelseproblemer*. (Høyskolen i Lillehammer Forskningsrapport nr. 139, 2009). Lillehammer: Høyskolen i Lillehammer.
- *Haukø, B.H. & Stamnes, J.H.(2009) Det hjelper å snakke med barna. *Sykepleieren*, 97(11), 32-35. DOI:10.4220 sykepleieres 2009.0084
- Helgeland, B. (2012). Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psyksik lidelse. I B. S. Haugeland, B. Ytterhus, & K. Dyregrov(Red). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Haugland, B., Ytterhus, B. & Dyregrov, K. (2012). Hva er et "pårørende barn"? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I B. S. Haugeland, B. Ytterhus, & K. Dyregrov(Red). *Barn som pårørende* (s.18-44). Oslo: Abstrakt forlag AS.

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64 § 1. (2011).

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 10a. (2009).

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 21. (2008).

Helsepersonelloven LOV-1999-07-02-64 § 22. (2008).

*Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende mor og far*. (Rundskrevet IS-15/5/2010). Oslo: Helsedirektoratet. (s. 3-19)

*Helsedirektoratet.(2011). *Nye tall om barn som lever med foreldre som er psykisksyke eller har rusproblem*. Lokaliser på <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/nye-tall-om-barn-som-lever-med-foreldre-som-er-psykisk-syke-eller-har-rusproblem.aspx>

Holter, I. M. (2011). Sykepleierprofesjonens kjernekompetanse. I I. M. Holter(Red.) & T. E. Mekki(Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*(4.utg., s 139-147). Oslo: Akribe.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt*(7.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi* (.4utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Killèn, K. (2004). *Sveket omsorgssvikt er alles ansvar*(3.utg).Oslo: Kommuneforlaget. (s.29-88)

*Kinge, E. (2009). *Hvor er hjelpen når den trengs?* Oslo: Gyldendal akademisk. (s. 37-42, 48-60, 201-216)

*Korhonen, T., Pietilä, M-A. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2008) Are the children of the clients` visible or invisible for nurses in adult psychiatry? – a questionnaire survey. *Caring Sciences*, 24;65-74. DOI: 10.1111/j.1471.2009.00686

*Moen, G. L. (2009). *Barns møte med psykisk lidelse*. Otta: Cappelen akademiske. (s. 15-27, 49-73)

*Nilsen, W., Gustavson, K., Røysamb, E., Kjeldsen, A. & Karevold, E (2013) Pathways from Maternal Distress and Child Problem Behavior to Adolescent Depressive Symptoms. *Journal of Develomental & Behavioral Pediatrics*, 34:303-313.

*Nordenhof, I. (2012). *Pårørendesamtaler med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget. (s. 17-20, 49-68, 89-97)

* NRK. (2014). *Barn får ikke den oppfølgingen de har krav på*. Lokaliser på http://www.nrk.no/livsstil/_-tar-ikke-barna-pa-alvor-1.11492639

Norsk Sykepleierforbund. (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, ICN kodex. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Pasient og brukerettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. §3-1 (2011).

*Ruud, A. K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg?* Oslo: Gyldendal akademisk. (s. 19-25, 27-46, 48-85, 183-194)

Rajka, L. K. (2011). Bare du ikke ligner læreren min. I A. Lerdal, & M. S. Fagermoen(Ed.). *Læring og mestring*.(s.131-160) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Spesialhelsetjeneloven, LOV-1999-07-02-61. § 3-7a. (2009)

Skårderud, F., Haugsgjerd, S & Stänicke, E. (2010). *Pstkiatriboken Sinn-kropp- samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

*Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademiske. (s. 27-48, 133-166, 169-217)

*Trondsen, V, M. (2012). Living With a mentally III Paraent: Exploring Adolescents`Experiences and Persperctives. *Qualitative Health Research*, 22(2), 174-188. DOI: 10.1177/1049732311420736

*Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk*. (Folkehelseinstituttet Rapport nr 4, 2011) Oslo: Folkehelseinstituttet.(s. 1-6)

Antall sider selvvalgt litteratur: 589 sider